

Заява про настання події

Страхувальник:

Місце реєстрації:

Місце проживання:

№, дата Договору страхування:

Застрахована особа:

Дата народження:

Місце реєстрації:

Місце проживання:

Контактний № телефону:

Обставини події:

1) Чи телефонували Ви або ваш Представник **протягом 24-ьох годин**, з моменту настання події, до Страхової компанії/Асистуючої компанії з метою її інформування про подію та обставини її настання, та отримання подальших рекомендацій щодо отримання необхідної допомоги? Якщо телефонували то вкажіть точну дату та час звернення, а також які рекомендації по допомозі були отримані.

2) Якщо не телефонували до Страхової компанії/Асистуючої компанії повідомте причину:

3) Страхова подія настала внаслідок занять (потрібно обрати):

Спортом;

Роботою за винагороду;

Активним відпочинком;

Свій варіант.

4) **Дата, час події**

5) **Місце події (країна, населений пункт)**

- 6) **Опишіть детально обставини події** (коли, за яких обставин сталась подія, дата та час звернення до медичного закладу, найменування медичного закладу, встановлений діагноз лікарем)

7) **Класифікація події:**

Раптове захворювання(діагноз):	НІ/ТАК	ЯКЩО ТАК діагноз
Загострення хронічної Хвороби(діагноз)	НІ/ТАК	ЯКЩО ТАК діагноз
Нещасний випадок(діагноз)	НІ/ТАК	ЯКЩО ТАК діагноз

8) **У момент настання страхової події був (-ла) в стані:**

алкогольного сп'яніння	ТАК/НІ
наркотичного сп'яніння	ТАК/НІ
токсичного сп'яніння	ТАК/НІ

9) **На момент укладання Договору страхування**

Були невилікувані хвороби	ТАК/НІ	Якщо так - діагноз
Були хронічні захворювання	ТАК/НІ	Якщо так - діагноз
були заперечення лікарів щодо подорожі	ТАК/НІ	

10) Документи, що підтверджують факт настання події:

Договір страхування	ТАК	НІ
Копія сторінок закордонного паспорта та/або паспорта громадянина України	ТАК	НІ
Копія довідки про присвоєння ідентифікаційного номера	ТАК	НІ
Запрошення від приймаючої сторони	ТАК	НІ
Звіт лікаря (Медичний рапорт)	ТАК	НІ
Результати медичних обстежень	ТАК	НІ
Рахунки (в тому числі чеки, квитанції) за медичні послуги	ТАК	НІ
Рецепти ліків, приписаних лікарем стосовно події	ТАК	НІ
Чеки про оплату кожного придбаного медикаменту	ТАК	НІ
Протокол або довідка про нещасний випадок	ТАК	НІ

11) Загальна сума медичних витрат за подією становить грн.:

12) Дата повернення в Україну або місце постійного проживання:

Я проінформований(а), що несу відповідальність згідно чинного законодавства за надання недостовірних даних в Заяві

Заяву прийняв
представник Страховика

Застрахована особа
(Страхувальник/Вигодонабувач)

_____/ (ПІБ)
(підпис)

_____/ (ПІБ)
(підпис)

« ____ » _____ 20__ р.

« ____ » _____ 20__ р.